



Projecto de Lei n.º 519/XIV/2.^a

Cria os Centros de Nascimento, reforçando o direito das mulheres grávidas quanto à escolha do local de nascimento

Exposição de motivos

Os Centros de Nascimento são unidades de saúde onde a filosofia de cuidados assenta no reconhecimento do parto como um processo fisiológico, ao qual é inerente uma dimensão sociocultural e psicológica¹. Este modelo reflecte a evidência que estas dimensões não podem facilmente ser separadas e que os cuidados de saúde materna e obstetria de alta qualidade devem ter em conta todos eles.

Neste modelo, a mulher é colocada no centro dos cuidados, sendo parceira no planeamento e na prestação dos cuidados o que promove a sua autonomia e garante a tomada de decisões informadas², promovendo, simultaneamente, a sua saúde e bem-estar³, físico e emocional, através da disponibilização de diversos serviços e actividades que ajudam na preparação para o parto.⁴

Os Centros de Nascimento procuram respeitar e capacitar as mulheres e os seus acompanhantes durante a gravidez e o parto, bem como facilitar uma positiva transição para a parentalidade.⁵

Indicando os estudos já realizados que o ambiente físico desempenha um papel fundamental na avaliação da experiência de parto⁶, importa destacar que o ambiente dos Centros de Nascimento, pelas instalações e serviços que disponibilizam, influencia e potencialmente promove a saúde e o bem-estar das mulheres, das suas famílias e dos cuidadores.⁷ Estes serviços são organizados em

¹ Cit Walsh e Newburn, 2002 (Cfr. Midwifery Unit Standards, produzido por Midwifery Unit Network e City, University of London, 2018, página 8)

² Cit McCourt et al., 2012; Overgaard, Fenger-Grøn e Sandall, 2012; Macfarlane et al., 2014a, 2014b; McCourt et al., 2014 (cfr. Midwifery Unit Standards, produzido por Midwifery Unit Network e City, University of London, 2018, página 8)

³ Cit. Downe, 2010; Renfrew et al., 2014; Kennedy et al., 2018 (cfr. Midwifery Unit Standards, produzido por Midwifery Unit Network e City, University of London, 2018, página 10)

⁴ Cfr. Midwifery Unit Standards, produzido por Midwifery Unit Network e City, University of London, 2018, página 10

⁵ Cfr. Midwifery Unit Standards, produzido por Midwifery Unit Network e City, University of London, 2018, página 8

⁶ Cit McCourt et al., 2016 (Cfr. Midwifery Unit Standards, produzido por Midwifery Unit Network e City, University of London, 2018, página 17)

⁷ Cit. Jenkinson, Josey and Kruske, 2013; Hammond, Homer and Foureur, 2017 (cfr. Midwifery Unit Standards, produzido por Midwifery Unit Network e City, University of London, 2018, página 18)



torno das necessidades sociais das mulheres e das famílias com o objectivo de proporcionar uma atmosfera confortável e caseira, em vez de um ambiente clínico, que pode parecer impessoal, frio e assustador.⁸

No pleno respeito pelos direitos humanos e reprodutivos das mulheres, nomeadamente dignidade, privacidade e autonomia, os Centros de Nascimento procuram garantir que todas as intervenções são devidamente analisadas e que são necessárias e justificadas tendo em conta a melhor evidência científica.⁹

Com foco no parto natural, onde as mulheres são as protagonistas, os Centros de Nascimento privilegiam métodos não farmacológicos de alívio da dor, com vista ao desenrolar fisiológico e seguro do trabalho de parto e parto. Quando seja necessário, nomeadamente para garantir a segurança da mulher e/ou do bebé ou a pedido desta, nomeadamente para acesso a analgesia epidural, a mulher é transferida para uma Unidade Hospitalar.

Independentemente do local escolhido pela mulher para o parto, os cuidados que esta pretende receber devem ser cuidadosamente planeados com o objectivo de melhorar a sua experiência. De facto, as evidências demonstram que as mulheres querem receber, desde o início da gravidez, informação fiável, regular e baseada em evidência científica sobre locais de parto e o impacto desta escolha tendo em conta a sua situação específica.¹⁰ Para além disso, os estudos demonstram que quando existe uma boa coordenação dos cuidados prestados e os cuidadores partilham a mesma filosofia e valores, a experiência das mulheres no parto é mais positiva.¹¹

Assim, sendo o respeito pela autonomia da mulher um elemento fundamental da filosofia dos Centros de Nascimento, existe nestes locais uma enorme preocupação em garantir que esta toma decisões informadas, sendo-lhe disponibilizada toda a informação relevante, nomeadamente sobre locais de nascimento e cuidados a receber, existindo, ainda, uma clara preocupação em desenvolver um plano de parto em parceria com a mulher, o qual, tendo em conta a sua situação específica e a melhor evidência científica, é regularmente discutido e revisto durante a gravidez.¹²

⁸ Cfr. Midwifery Unit Standards, produzido por Midwifery Unit Network e City, University of London, 2018, página 8

⁹ Idem, página 10.

¹⁰ Cit Coxon, Sandall and Fulop, 2013 (cfr. Midwifery Unit Standards, produzido por Midwifery Unit Network e City, University of London, 2018, página 13)

¹¹ Rocca-Ihenacho, Newburn and Byrom, 2017 (cfr. Midwifery Unit Standards, produzido por Midwifery Unit Network e City, University of London, 2018, página 13)

¹² Cfr. Midwifery Unit Standards, produzido por Midwifery Unit Network e City, University of London, 2018, página 13



Por último, os Centros de Nascimento garantem que cada mulher pode aceder ao modelo de cuidados que melhor se adapta à sua situação concreta, o que contribui, igualmente, para a diminuição das desigualdades existentes. São, assim, locais que promovem um ambiente salutogénico em que as mulheres que são marginalizadas, discriminadas ou que se encontram em situação vulnerável podem prosperar.¹³

Contudo, apesar dos fortes indícios que sugerem que a este tipo de acompanhamento estão associados resultados positivos para mulheres saudáveis com uma gravidez sem complicações e para os seus bebés, este modelo não está, ainda, disponível em Portugal, apesar dos esforços que têm sido desenvolvidos nesse sentido.¹⁴

Apesar dos Centros de Nascimento geridos por Parteiras terem uma longa história em alguns países europeus, como Inglaterra, País de Gales e Escócia, o que se verificou foi que, a partir de 1970, na maioria destes países, as mulheres começaram a ser aconselhadas a dar à luz em ambiente hospitalar, apesar de não existirem provas que tal fosse mais adequado para elas.

Em consequência, no Reino Unido, o NICE (National Institute for Health and Care Excellence), após a publicação de diversos estudos científicos sobre locais de nascimento, procedeu à revisão das orientações constantes do “Intrapartum care for healthy women and babies”¹⁵.

De acordo com estas orientações, no caso de se tratar de uma mulher saudável com gravidez sem complicações, deve-lhe ser garantida a possibilidade de escolher o local de parto que desejar, nomeadamente em casa, num Centro de Nascimento ou numa unidade hospitalar, devendo a mulher ser apoiada na sua escolha.

Mas este relatório vai ainda mais longe, ao estabelecer que os profissionais de saúde devem informar e aconselhar estas mulheres que planear o nascimento num Centro de Nascimento é adequado para elas, porque a taxa de intervenções é menor e o resultado para a mãe e para o bebé é semelhante quando comparado com o nascimento em unidade hospitalar.

De facto, verifica-se que várias instituições, onde se inclui o NICE, o Midwifery Unit Network (MUNet) e o European Midwives Association, têm publicado orientações a incentivar a

¹³ Cit Overgaard, Fenger-Grøn and Sandall, 2012 (Cfr. Midwifery Unit Standards, produzido por Midwifery Unit Network e City, University of London, 2018, página 11)

¹⁴ Cfr. Internacional Confederation of Midwives, 2011 (Cfr. Midwifery Unit Standards, produzido por Midwifery Unit Network e City, University of London, 2018, página 19)

¹⁵ Cfr. Intrapartum care for healthy women and babies, publicado pelo National Institute for Health and Care Excellence, em 3 de Dezembro de 2014 (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations#place-of-birth>)



disponibilização e o recurso aos Centros de Nascimento, o que se está a verificar com particular ênfase no contexto pandémico que vivemos.

De acordo com declaração emitida pela Midwifery Unit Network denominada “Position Statement: Midwifery units and COVID-19”, datada de Março de 2020, os Centros de Nascimento podem dar uma contribuição positiva e constituir uma alternativa numa altura em que, pelo contexto pandémico que vivemos, os sistemas de saúde em todo o mundo se encontram sobrecarregados devido ao aumento da carga de trabalho dos profissionais e à falta de recursos humanos, dado que uma parte significativa dos profissionais se encontra a combater a propagação da COVID-19. Para além disso, sabe-se, também, que existe um maior risco de contaminação pelo novo coronavírus em instalações hospitalares, até porque uma percentagem significativa, mas desconhecida, de portadores são assintomáticos. Neste contexto, o recurso aos Centros de Nascimento beneficiará as mulheres, os bebés e os serviços de saúde, por permitir a redução do número de intervenções obstétricas em ambiente hospitalar que sobrecarregam ainda mais os profissionais de saúde, bem como a diminuição do número de infecções por COVID-19 que podem ocorrer em ambiente hospitalar.¹⁶

Em Abril de 2020, a Midwifery Unit Network emitiu uma nova declaração denominada “European Position Statement: Midwifery units and COVID-19”¹⁷, juntando-se à Organização Mundial de Saúde e à International Confederation of Midwives (ICM), para reiterar o direito das mulheres a cuidados de alta qualidade antes, durante e após o parto, afirmando que todas as mulheres, independentemente de infecção por COVID-19 confirmada ou suspeita, têm direito a um parto seguro e positivo, o que inclui o direito a ser tratada com respeito e a ter com elas um acompanhante à sua escolha.

Concluem, ainda, que da realidade dos países europeus altamente afectados pela COVID-19, estamos a aprender que os hospitais podem ser os principais portadores de infecções e a perceber a importância de avançar para uma abordagem de cuidados centrada na comunidade. Em consequência, apelam aos sistemas de saúde para que reforcem os seus cuidados centrados na comunidade e apoiem os Centros de Nascimento, deixando para as unidades hospitalares a

¹⁶ Cfr. Position Statement: Midwifery units and COVID-19, publicado em 31 de Março de 2020, pela Midwifery Unit Network

¹⁷ Cfr. European Position Statement: Midwifery units and COVID-19, publicado a 8 de Abril de 2020, pela Midwifery Unit Network



prestação de cuidados obstétricos apenas quando necessário para garantir a saúde da mulher e/ou do bebé.

Os estudos que têm sido realizados sobre esta matéria demonstram a existência de evidências claras e bem documentadas de que, para mulheres com gravidezes sem complicações, a ocorrência do parto num Centro de Nascimento é mais segura para a mãe devido às baixas taxas de intervenções desnecessárias e é tão seguro para os bebés como o nascimento numa unidade hospitalar. Para além disso, a realização do parto num Centro de Nascimento contribui para a diminuição dos custos para os sistemas de saúde, revelando os dados disponíveis que os custos com o nascimento em Centros de Nascimento são menores do que nos casos da realização do parto em unidades hospitalares.¹⁸

De acordo com um estudo realizado pela City, University of London, o custo médio total por mãe-bebé nos casos em que o parto ocorreu em Centros de Nascimento foi de £1296,23, aproximadamente £850 menos do que o custo médio por mãe e bebé que receberam todos os seus cuidados no Royal London Hospital. Este estudo destaca ainda que as mulheres que planearam o seu parto num Centro de Nascimento experienciaram cuidados contínuos de obstetrícia, taxas mais elevadas de parto vaginal espontâneo, maior utilização de uma piscina de parto, taxas mais baixas de utilização de epidural e taxas de aleitamento materno mais elevadas, em comparação com aquelas que receberam cuidados em unidades hospitalares.¹⁹

O National Childbirth Trust (NCT), preocupado com o facto de poderem estar a diminuir as oportunidades dadas às mulheres para escolherem o tipo de parto e cuidados que pretendem receber, realizou um Inquérito online com 2000 novas mães em Inglaterra, País de Gales e Irlanda do Norte denominado “Creating a Better Birth Environment – Women’s views about the design and facilities in maternity units: a national survey”, com o objectivo de avaliar se o ambiente no parto tem ou não consequências na experiência vivida pela mulher.²⁰

¹⁸ Cfr. Position Statement: Midwifery units and COVID-19, publicado em 31 de Março de 2020, pela Midwifery Unit Network e European Position Statement: Midwifery units and COVID-19, publicado a 8 de Abril de 2020, pela Midwifery Unit Network

¹⁹ Cfr. The Economic Costs of Intrapartum care in tower hamlets: a comparison between the cost of birth in a freestanding midwifery unit and hospital for women at low risk of obstetric complications, publicado por City, University of London (pode ser consultado em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.11.006>)

²⁰ Cfr. Creating a Better Birth Environment – Women’s views about the design and facilities in maternity units: a national survey, publicado por National Childbirth Trust (pode ser consultado em: https://www.nct.org.uk/sites/default/files/related_documents/BBE_report_311003.pdf)



Este estudo concluiu, nomeadamente, que: nove em cada dez mulheres sentiram que o ambiente físico pode determinar o quão fácil ou difícil é dar à luz; muitas mulheres tiveram acesso limitado a serviços que consideravam ser muito importantes durante o trabalho de parto; a maioria das mulheres disse que ter um quarto limpo, ser capaz de se movimentar no quarto e ter mobiliário confortável para si e para os seus acompanhantes e familiares era bastante importante; as mulheres cujo parto ocorreu em ambiente hospitalar tiveram acesso a menos serviços e comodidades úteis do que aquelas cujo parto ocorreu em casa ou num Centro de Nascimento; as mulheres que tinham acesso a boas instalações tinham mais probabilidades de ter um parto vaginal do que as mulheres que tinham instalações mais pobres e, por último, as mulheres que realizaram uma cesariana de emergência tiveram menos probabilidade de ter acesso a boas instalações em comparação com as mulheres que tiveram um parto vaginal.

Para além disso, foi ainda identificado pelas mulheres como importante o facto de conseguirem controlar o aquecimento e a iluminação, bem como quem entrava no seu quarto durante o trabalho de parto e, ainda, o acesso fácil a uma casa de banho, com duche ou banheira, ou o acesso a uma piscina de parto.

Importa ter presente que, em Fevereiro de 2018, a Organização Mundial de Saúde²¹ emitiu orientações para definir padrões de atendimento globais para mulheres grávidas saudáveis e reduzir intervenções médicas desnecessárias, nas quais recomenda que as equipas médicas e de enfermagem não devem interferir no trabalho de parto de uma mulher de forma a acelerá-lo, a menos que existam riscos reais de complicações.

O documento inclui 56 recomendações sobre o que é necessário para o trabalho de parto e pós-parto, dos quais se destaca o direito a ter um acompanhante à sua escolha durante o trabalho de parto e o respeito pelas opções e tomada de decisão da mulher na gestão da sua dor e nas posições escolhidas durante o trabalho de parto e ainda o respeito pelo seu desejo de um parto totalmente natural, até na fase de expulsão.

É, ainda, mencionado que a medicalização do parto, uma frase utilizada para descrever a utilização regular de intervenções médicas para iniciar, acelerar, regular e controlar a gravidez pode ter prejudicado a confiança e capacidade das mulheres para dar à luz e, potencialmente, diminuído aquilo que deveria ser uma experiência positiva e memorável.

²¹ Cfr. WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience (pode ser consultado em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>)



De facto, a OMS tem defendido que, para além da prestação de cuidados de saúde clinicamente eficazes, há que fazer mais para garantir que as mulheres se sentem seguras e confortáveis durante o parto para garantir uma experiência positiva.

Para melhor conhecer esta realidade, a Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto, lançou um inquérito às mulheres sobre a sua experiência de parto, em Fevereiro de 2015, com uma amostra superior a 3000 mulheres, destinado àquelas cujo parto tivesse ocorrido em Portugal entre Janeiro de 2012 e Março de 2015.²²

De acordo com os resultados obtidos, a quase a totalidade dos partos reportados aconteceu em ambiente hospitalar. Verificou-se que a maioria das mulheres teve alguma intervenção durante o seu trabalho de parto e parto (apenas cerca de 11% de partos foram sem intervenção), o que contrasta com o número expectável de partos fisiológicos numa população como a portuguesa.

A epidural foi o procedimento mais comum (aproximadamente 70%), seguido da episiotomia (aproximadamente 70%) e ocitocina artificial (mais de 50%).

Cerca de metade das parturientes dizem ter sido submetidas a ruptura artificial da bolsa amniótica e a descolamento das membranas.

Segundo as participantes, mais de dois quintos dos bebés nascidos por via vaginal nasceram por parto instrumentado: destes, quase dois terços com recurso a ventosa e um terço com recurso a fórceps.

Mais de dois quintos das mulheres consideram que não foram consultadas sobre as intervenções ou exames realizados durante o trabalho de parto e parto.

Mais de dois quintos das mulheres consideraram que não tiveram informação sobre opções de parto, como indução, cesariana, parto domiciliar entre outras.

Mais de três quartos sentiram-se bem com a posição para a expulsão adoptada. No entanto, surgem exemplos de mulheres que referem não ter sido respeitadas na escolha sobre a posição para expulsão e quase um quarto das mulheres não se sentiu bem com a posição adoptada.

²² Cfr. Experiências de Parto em Portugal - Inquérito às mulheres sobre as suas experiências de parto, da Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto, que pode ser consultado em http://www.associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Experi%C3%Aancias_Partos_Portugal_2012-2015.pdf



A grande maioria das mulheres sentiu-se respeitada, ouvida, cuidada, apoiada e segura durante o seu parto, afirmando que os profissionais de saúde comunicaram de forma positiva e que o parto teve uma influência positiva na sua relação com o bebé e quase metade refere que a influência na sua auto-estima foi positiva.

Contudo, mais de um décimo das mulheres refere que a experiência de parto influenciou de forma negativa a sua auto-estima, existindo, ainda, um número significativo de mulheres que não se sentiu segura, apoiada, ouvida, respeitada ou bem tratada e para quem o parto teve uma influência negativa, tanto a nível pessoal como a nível inter-relacional, na relação com o bebé e com o parceiro.

Por último, 1468 mulheres, ou seja, 43,8% das inquiridas, afirmaram não ter tido o parto que queriam.

Os dados constantes deste inquérito merecem a nossa reflexão.

Destacando o caso particular da episiotomia, em Fevereiro de 2018, a OMS considerou que o uso rotineiro ou liberal desta prática não é recomendado para mulheres nas situações de parto vaginal.²³ Com esta nova recomendação, a OMS deixa de admitir uma taxa de praticabilidade de episiotomia entre os 10% e os 15%, o que demonstra que a OMS está efectivamente a desencorajar a realização deste tipo de procedimento. Não obstante estas recomendações, a realidade é que a episiotomia é prática recorrente nos hospitais portugueses no âmbito dos partos vaginais, ultrapassando, como demonstra o Inquérito, os 70%.

De acordo com o Relatório Primavera 2018²⁴, a episiotomia é uma prática particularmente mais frequente em Portugal que nos restantes países europeus. Usando dados recolhidos para 20 países em 2010 no âmbito do projecto Euro-Peristat e considerando os partos vaginais, observou-se uma variação na frequência de episiotomia de 3,7% na Dinamarca a 73% em Portugal e 75% no Chipre, mostrando como é controverso o uso por rotina da episiotomia. Dos 907.211 partos vaginais de nascimentos vivos únicos ocorridos entre 2000 e 2015 em hospitais públicos portugueses, 721.072 (79,4%) foram partos não instrumentais; 696.510 (76,7%) mulheres foram

²³ Cfr. Recomendação 39, constante do Relatório Intrapartum care for a positive childbirth experience, publicado em 2018 pela Organização Mundial de Saúde, página 150.

²⁴ Cfr. Relatório Primavera 2018, do Observatório português dos sistemas de saúde (pode ser consultado em <http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/relatorio-primavera-2018.pdf>)



submetidas a episiotomia; e 5.110 partos vaginais (5,6 por 1.000) foram complicados por lacerações perineais de terceiro e quarto grau.

Este relatório acrescenta que “temos que pensar que estamos em prevalências como as dos Estados Unidos em 1979 (60,9%), uma prática depois activamente contrariada pelas recomendações do “American College of Obstetricians and Gynecologists”, e tendo em 2012, o Leapfrog Group (www.leapfroggroup.org) proposto uma meta de 12% para episiotomias, revista em 2015 para 5%. Um longo caminho a percorrer e que deverá ser discutido em Portugal.”.

E a verdade é que a limitação do uso da episiotomia a situações restritas tem diversos benefícios como menor trauma perineal posterior, menor necessidade de sutura e menos complicações²⁵.

Depois, este Inquérito também revela dados preocupantes ao nível do respeito pela autonomia de decisão da mulher, do dever de informação e da necessidade de obtenção do seu consentimento. Destacamos que um número muito significativo de mulheres não teve qualquer informação sobre as opções de parto, não foram consultadas sobre as intervenções ou exames realizados durante o trabalho de parto e parto ou não foram respeitadas na escolha sobre a posição para expulsão.

Tal contraria em absoluto as recomendações da OMS²⁶, divulgadas em 2018 e acima mencionadas, que destacam expressamente a garantia do respeito pelas opções e tomada de decisão da mulher na gestão da sua dor e nas posições escolhidas durante o trabalho de parto e ainda o respeito pelo seu desejo de um parto totalmente natural, até na fase de expulsão.

O Inquérito demonstra, ainda, que a grande maioria das mulheres teve alguma intervenção durante o seu trabalho de parto e parto, dado que apenas cerca de 11% dos partos realizados foram sem intervenção. Estes números são preocupantes uma vez que as recomendações da OMS vão no sentido de reduzir as intervenções médicas desnecessárias, devendo os profissionais de saúde não interferir no trabalho de parto de uma mulher de forma a acelerá-lo, a menos que existam riscos reais de complicações, considerando aquela entidade que a excessiva medicalização do parto pode ter reflexos negativos na experiência vivida pela mulher.²⁷

Os estudos que têm sido realizados sobre as experiências de parto, nomeadamente o do National Childbirth Trust ou o da Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto,

²⁵ Cit Liljestrand J., Episiotomy for vaginal birth: RHL commentary, 2003

²⁶ Cfr. WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience (pode ser consultado em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>)

²⁷ idem



ambos já mencionados, revelam aquilo que cada vez mais mulheres reivindicam no momento anterior ao parto, durante o trabalho de parto e no pós-parto.

As mulheres querem ser informadas de todas as opções de parto e tipos de cuidados que podem receber, desde o início da sua gravidez, para que possam planear cuidadosamente o parto. Querem ver reforçada a sua autonomia na tomada de decisões, ser ouvidas durante todo o processo, ver as suas escolhas e opções respeitadas e ser tratadas como as protagonistas. Querem que o parto seja seguro e sem intervenções clínicas desnecessárias. Querem que o parto ocorra numa atmosfera calma e familiar, num quarto não-clínico, que lhes permita liberdade de movimentos. Querem algo tão simples como ter a possibilidade de controlar a iluminação e o aquecimento do quarto para que se sintam mais confortáveis.

Por tudo isto, cada vez mais mulheres procuram, em Portugal, alternativas ao parto em ambiente hospitalar, existindo já outras opções, baseadas em evidência científica, que têm vindo a ser recomendadas noutros países europeus, como os Centros de Nascimento, os quais se encontram já implementados em diversos países como Espanha, Itália, Reino Unido e Holanda.

Conforme já referido, o Reino Unido, por exemplo, emitiu recentes orientações referindo que deve ser garantido às mulheres o direito a escolher o local de parto que desejar, devendo os profissionais de saúde aconselhar todas as grávidas de baixo risco que o planeamento do parto num Centro de Nascimento é adequado para elas, porque a taxa de intervenções é menor e o resultado para o bebé não é diferente quando comparado com o nascimento em unidade hospitalar.

Em suma, os estudos já realizados demonstram claramente que os Centros de Nascimento constituem uma opção segura para as mães e para os bebés, reduzem o número de intervenções desnecessárias e contribuem para a diminuição dos custos para os sistemas de saúde. Para além disso, tendo em conta a sua filosofia de cuidados, aumentam a satisfação das mulheres com a sua experiência de parto, promovem a sua autonomia e garantem que estas são ouvidas e que as suas opções são respeitadas, ocorrendo o parto num ambiente calmo e confortável.

Em Portugal, apesar das fortes evidências científicas, o grande foco continua a ser o parto hospitalar, orientado ou realizado por um médico obstetra, mesmo em situações de baixo risco.

Contudo, os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica têm, também, competência, para a realização do parto fisiológico e de baixo risco. Nos termos do Regulamento n.º 391/2019, que define as competências específicas do enfermeiro especialista em



Cristina Rodrigues
Deputada à Assembleia da República

enfermagem de saúde materna e obstétrica, este tem competência, nomeadamente, para acompanhar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efectuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina, sem prejuízo das competências que detém durante o período pré-natal e pós-natal.

Ora, de uma forma geral, de acordo com dados da OMS, cerca de 70 a 80% das mulheres grávidas podem ser consideradas de baixo risco no início do trabalho de parto. Nestes casos, o parto poderia ser realizado por um Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, à semelhança do que já se verifica em diversos países, nomeadamente no Reino Unido, na Holanda, na Suécia e na Finlândia, em que a mulher só é consultada por um médico obstetra em situações graves ou de risco.

Neste sentido, apresentamos o presente projecto de lei com o objectivo de criar em Portugal Centros de Nascimento, geridos por Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, que actuam com autonomia, lideram e são apoiados por uma equipa multidisciplinar, que pode incluir, nomeadamente, médicos obstetras, médicos pediatras, fisioterapeutas e doulas, que constituem a sua estrutura de apoio.

Estes são destinados a mulheres saudáveis com uma gravidez de baixo risco e sem complicações e devem estar localizados em Unidades Hospitalares que possuam a valência de ginecologia/obstetrícia, constituindo uma ala desta unidade, ou em edifícios próprio e autónomo, desde que situado nas imediações daquelas, por forma a garantir a transferência da mulher grávida para o hospital caso tal se mostre necessário.

Para além disso, os Centros de Nascimento devem ser tendencialmente públicos, sem prejuízo da natureza complementar e supletiva do sector privado.

Com a criação dos Centros de Nascimento estamos a permitir a implementação de um modelo alternativo de assistência ao modelo biomédico tradicional, dando azo a um modelo baseado na evidência, que enfatiza o protagonismo da mulher no parto, através do reconhecimento da sua autonomia. Assegura-se, ainda, o aumento do leque de opções disponíveis ao nível dos locais de nascimento, que permita à mulher escolher a opção que melhor se adequa às suas necessidades, ou seja, parto hospitalar, parto em Centro de Nascimento ou parto domiciliar.



Não podemos ignorar que muitas mulheres relatam experiências negativas de parto e que muitas declaram não ter tido o parto que queriam.²⁸ Por isso, é fundamental garantir que a mulher tem acesso a informação detalhada sobre a sua situação clínica e sobre as várias opções de parto disponíveis, sendo igualmente essencial que existam alternativas no que diz respeito à escolha do local de nascimento, por forma a garantir que a mulher pode escolher aquela que melhor responde ao que pretende. E, tendo em conta os relatos das mulheres sobre o que gostariam de ter tido ou de ter, acreditamos que os Centros de Nascimento podem constituir uma resposta para estas mulheres por disponibilizarem diversos serviços e actividades que não existem em contexto hospitalar, mas que são igualmente seguras para ela e para o bebé, como tem demonstrado a vasta evidência científica que já existe sobre esta matéria.

E, de facto, Portugal tem o dever de alargar o leque de opções disponíveis no que diz respeito aos locais de nascimento. A este respeito, importa mencionar que o Tribunal Europeu dos Direitos Humanos, na decisão do caso “Ternovszky v. Hungary”²⁹, considerou que o direito de escolha do local de nascimento é uma das vertentes do Direito à Vida Privada, previsto no artigo 8.º da Convenção Europeia dos Direitos Humanos, ao determinar que o termo “vida privada” era amplo e incluía tanto a decisão de se tornar pai ou mãe como as circunstâncias de o ser, declarando que as circunstâncias de dar à luz fazem incontestavelmente parte da vida privada de cada um.

A Organização Mundial da Saúde designou o ano de 2020 como o Ano Internacional do Enfermeiro e da Parteira, reconhecendo que estes são, frequentemente, os primeiros e únicos pontos de cuidados nas suas comunidades. Esta declaração pretende destacar o importante trabalho desenvolvido pelos enfermeiros e parteiras na prestação de cuidados de saúde, por dedicarem as suas vidas a cuidar das mães e das crianças, dando-lhes imunizações que salvam vidas e transmitindo-lhes conselhos vitais. Pretende, também, chamar a atenção para as condições de trabalho difíceis que muitas vezes enfrentam e para a necessidade de reforço do investimento, nomeadamente ao nível dos recursos humanos, em enfermagem e obstetria.³⁰

Sabemos que muitos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, pelas competências que têm, gostariam de ter um papel mais presente no parto, existindo casos específicos que nos têm chegado de Enfermeiros que gostavam de gerir um Centro de

²⁸ Cfr. Experiências de Parto em Portugal - Inquérito às mulheres sobre as suas experiências de parto, da Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto, que pode ser consultado em http://www.associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Experi%C3%Aancias_Partos_Portugal_2012-2015.pdf

²⁹ Disponível em <https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001...#%7B%22itemid%22%3A%22001-102254%22%7D>

³⁰ Cfr. <https://www.who.int/campaigns/year-of-the-nurse-and-the-midwife-2020>



Cristina Rodrigues
Deputada à Assembleia da República

Nascimento. Para nós, esta pretensão faz todo o sentido, pelo que a existência de Centros de Nascimento são uma forma de dar mais direitos às mulheres grávidas e de reconhecer e valorizar aqueles profissionais.

Assim, nos termos constitucionais e regimentais aplicáveis, a Deputada não inscrita Cristina Rodrigues apresenta o seguinte projecto de lei:

Artigo 1.º

Objecto

A presente lei estabelece o enquadramento legal para a criação de Centros de Nascimento, reforçando os direitos das mulheres grávidas quanto à escolha do local de nascimento.

Artigo 2.º

Centros de Nascimento

1 – Os Centros de Nascimento são unidades de saúde cuja filosofia de cuidados assenta no modelo de assistência prestado por Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica e onde se privilegiam métodos não farmacológicos de alívio da dor com vista ao desenrolar fisiológico e seguro do trabalho de parto e parto.

2 – Os Centros de Nascimento incentivam a autonomia da mulher, garantem a tomada de decisões informadas e promovem a sua saúde e bem-estar, tanto física como emocional, através da disponibilização de diversos serviços e actividades que ajudam na preparação para o parto e que se encontram organizados em torno das necessidades sociais das mulheres e das famílias com o objectivo de proporcionar uma atmosfera calma e confortável e um ambiente familiar.

Artigo 3.º

Critérios para parto em Centros de Nascimento

1 – Os Centros de Nascimento devem ter definidas as condições em que as mulheres se consideram aptas a receber cuidados naquele local.

2 – Os Centros de Nascimento devem ter definidas indicações e processos de transferência para unidades hospitalares no período pré-natal, intra-parto ou pós-parto.



Cristina Rodrigues
Deputada à Assembleia da República

Artigo 4.º

Segurança e organização dos cuidados

1 – Os Centros de Nascimento devem ter uma política que garanta a liderança clínica e de gestão dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, bem como que assegure a qualidade e melhoria dos cuidados prestados, através de uma estrutura organizacional que garanta a filosofia dos cuidados.

2 - Os cuidados de saúde são prestados por uma equipa multidisciplinar que inclua profissionais directamente ligados à direcção do Centro de Nascimento.

3 – Deve ser garantido o envolvimento dos Centros de Nascimento com a rede local de cuidados maternos e neonatais, tanto a nível dos cuidados primários como hospitalares.

Artigo 5.º

Localização dos Centros de Nascimento

1 - Os Centros de Nascimento devem estar localizados em unidades hospitalares que possuam a valência de ginecologia/obstetrícia, constituindo uma ala distinta desta unidade, ou em edifício próprio e autónomo, desde que situado nas imediações daquelas.

2 – Mesmo quando inseridos em Unidades Hospitalares, os Centros de Nascimento são geridos, com autonomia, por Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica.

Artigo 6.º

Financiamento dos Centros de Nascimento

Os Centros de Nascimento devem ser tendencialmente públicos, sem prejuízo da natureza complementar e supletiva do sector privado.

Artigo 7.º

Regulamentação

O Governo, no prazo de 180 dias, procede à regulamentação da presente lei definindo as condições de abertura e instalação de Centros de Nascimento.

Artigo 8.º

Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor com o Orçamento do Estado subsequente à sua aprovação.



Cristina Rodrigues
Deputada à Assembleia da República

Palácio de São Bento, 21 de Setembro de 2020

A Deputada,

Cristina Rodrigues